

フォームに入力いただくことで、  
必要事項を記載したとみなします

## 桑名市産婦健康診査費用助成申請書

(宛先) 桑名市長

産婦健康診査費用を助成されるよう、桑名市産婦健康診査費用助成事業要綱第4条の規定に基づき下記のとおり申請します。  
この申請に際し、住所要件、受診状況等の必要事項を調査することを承諾します。

※太枠内をご記入ください。

令和 年 月 日 提出

産婦氏名 (申請者)	フリガナ	産婦生年月日
		S・H 年 月 日
住民票登録地 【申請時】 (※文書送付先)		
転出前住所 【受診時】	※受診時の住所が、住民票登録地と異なる場合は記入 桑名市	
産婦連絡先 (連絡がとれる番号)		
区分	(令和 年度分)	
	① 1回目 (産後2週間前後)	令和 年 月 日 受診
	② 2回目 (産後1か月前後)	令和 年 月 日 受診

振 込 先	銀行 農協 信金 金庫	本店 支店 出張所	預金種別	口座番号
	金融コード	店舗コード	1. 普通	
			2. 当座	
	フリガナ			
	口座名義人			

※ 申請者名と口座名義人が異なる場合は、下記に申請者の記名が必要です。

私は、上記の口座名義人に産婦健康診査費用助成金の受取を委任します。

令和 年 月 日 申請者氏名

↓以下の処理欄は記入しないでください。

【重要】  振込口座が旧姓の場合、身分証明書のコピーを添付【市 処理欄】  住基確認（住所・名前）

( 令和 年度分 )

受付印

区分	1回目	2回目	助成決定額(合計)
上限額	5,000円	5,000円	
領収書金額	円	円	
助成額	円	円	円

担当 ( )